

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANA**Av. Pérola Byington, 1.800 - cep 87.540-000 - Pérola - Pr.
Fone/Fax (44) 3636 - 8300 --- CNPJ 81.478.133/0001-70**NOTA DE EMPENHO**
1ª VIA

Número do Empenho	Recurso	Tipo do Empenho	Categoria de Empenho
001584.2022	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.035.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390300900 MATERIAL FARMACOLÓGICO
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Credor 04666 LIDER DISTRIBUIDORA PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI
 Endereço AVENIDA MARILIA 838 CENTRO
 CNPJ/CPF 38.170.314/0001-05 Fone Cidade MARILUZ

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				18.03.22	17.04.22

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
400.000,00	258.024,11	5.970,00	252.054,11

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	1000	Dipirona sodica 500mg/ml 2ml.	5,9700	5.970,00
02		Medicamento para uso emergencial no Hospital Municipal. Conforme solicitação.		

LIQUIDADO

Banco Credor	VALOR LIQUIDO	5.970,00
--------------	---------------	----------

<input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Declaramos que os Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos assinatura: nome: _____ Data ____/____/____ cargo	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço _____ CONTADOR(A) Juliana Lombardi de Oliveira Contadora
---	---	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (cinco mil novecentos e setenta reais**
 *****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ____/____/____ Credor Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
 Data ____/____/____.



Secretaria: SAÚDE

Divisão: HOSPITAL MUNICIPAL DE PEROLA

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Solicitamos a compra direta do item acima citado, devido ao cancelamento do item pela empresa pois a troca de marca não foi possível pela empresa licitada, segue carta em anexo. Justificamos a emergencia do item pois o hospital não pode ficar sem a medicação, seu uso é essencial para atendimento aos pacientes.

Obs: A quantidade pedida deverá suprir a necessidade por 60 dias

DATA: 16/03/2022


Thelma Francine
Diretora Depto. Adm.
Hospital Municipal de Pêrola
Assinatura do Representante (CARIMBO)

